

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

97
N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(Mention MÉDECINE)

PAR

HARRY J. BOBKIEWICZ

Né le 16 Août 1905 à New-York

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

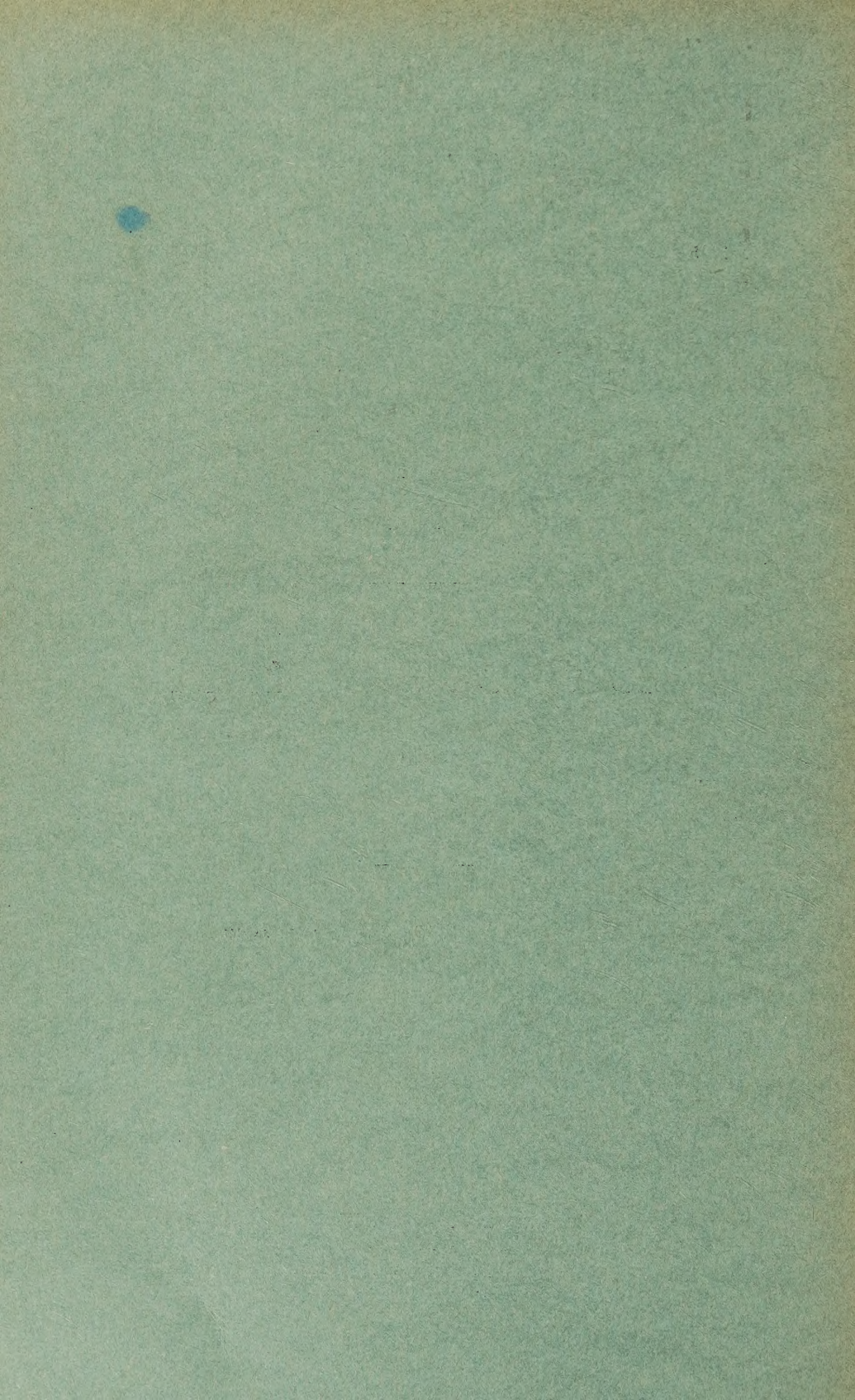
CANCER DU SEIN CHEZ L'HOMME

Président : M. LENORMANT, professeur

PARIS
IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE CENTRALE
(Ancienne Maison JOUSSET)

Henri BOUSSARD, Directeur
8, rue de Furstenberg (6^e)

1935



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

HARRY J. BOBKIEWICZ

Né le 16 Août 1905 à New-York

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER DU SEIN CHEZ L'HOMME

Président : M. LENORMANT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE CENTRALE

(Ancienne Maison JOUSSET)

Henri BOUSSARD, Directeur

8, rue de Furstenberg (6^e)

1935

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	ROUVIÈRE.
Physiologie.	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose.	N...
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD . . . Histologie.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . . Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD . . . Parasitologie.
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES . . Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU . . Pathologie médicale.
 HALPHEN . . . Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN . . . Anatomie pathologique.
 JOANNON . . . Hygiène.
 LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME . . . Obstétrique.
 LANTUÉJOUL . . Obstétrique.

MM

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE . . . Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY . . Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN . . . Pathologie médicale.
 OBERLING . . . Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS . Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE . . . Pathologie chirurgicale
 TROISIÈRE . . . Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH . . . Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE . . . Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET . . . Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.

MM

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE . Parasitologie.
 ZIMMERN . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI . . .	} Clinique médicale.	BASSET. . . .	} Clinique chirurgicale
ALAJOUANINE		BROCQ	
AUBERTIN . .		CADENAT. . .	
BRULÉ. . . .		GATELLIER. .	
CHABROL. . .		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY. . . .		MOCQUOT. . .	
DONZELOT . .		MOURE. . . .	
DUVOIR. . . .		QUENU	
HARVIER. . .		SCHWARTZ. .	
LIAN.		VELTER	
PASTEUR-VALLÉRY-			
RADOT. . . .			
SÉZARY . . .			

MM.	
ECALLE . . .	} Clinique obstétricale.
GUÉNIOT. . .	
LE LORIER. . .	
LÉVY-SOLAL .	
METZGER. . .	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé. . .	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE — A MA MÈRE

*En témoignage de ma reconnaissance et
de ma grande affection.*

A MA FEMME

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MA BELLE-SŒUR

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

PROFESSEUR H. BOBKIEWICZ

Faculté de Médecine de Cracovie.

A MA FAMILLE ET AUX MIENS

A MES AMIS

PAUL BARET D'AURIOLLE

Notaire.

JEAN MEAUME

Avocat à la Cour d'Appel de Paris

A MON AMI LE DOCTEUR JEAN PATEL

Ancien Chef de Clinique Chirurgicale.

A MESSIEURS LES DOCTEURS G. DEGUILLAUME,

GUY MAC LEAN, A. SACCO

A TOUS MES AMIS

A MES MAITRES
des Hôpitaux et de la Faculté.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT

Officier de la Légion d'Honneur,

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine
de l'Université de Paris.

*A qui nous adressons nos respectueux
remerciements pour le grand honneur qu'il
nous fait en acceptant la présidence de
notre thèse, et pour le bienveillant accueil
qu'il nous a toujours réservé dans son
Service de Clinique.*

INTRODUCTION

Le cancer du sein chez l'homme est beaucoup plus rare que chez la femme. Cependant, il se présente quelquefois et les études sur ce sujet sont nombreuses, et ont été entreprises de bonne heure. Malgré la difficulté de faire un travail original, il nous a paru intéressant de traiter à nouveau cette question.

Et nous devons une marque toute particulière de gratitude à notre distingué maître et professeur de clinique chirurgicale M. le Professeur Lenormant, qui a eu l'obligeance de nous conseiller le choix de ce sujet, de nous faire bénéficier de ses observations et de nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous envoyons aussi un affectueux souvenir et nos remerciements à notre ami M. le Docteur Jean Patel, qui a bien voulu nous aider de ses bons conseils.

Après un historique rapide et quelques notions de physiologie et d'anatomie, nous réserverons un chapitre à l'étiologie et à la pathogénie de cette sorte de cancer, puis nous nous efforcerons de discerner si les

causes déterminantes sont les mêmes chez l'homme que chez la femme et nous étudierons ensuite les faits anatomo-pathologiques s'y rattachant.

Le cinquième chapitre sera réservé à l'étude clinique; enfin une partie importante concernera le diagnostic et, nous terminerons par l'exposé de l'évolution du cancer et son traitement.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER DU SEIN CHEZ L'HOMME

HISTORIQUE

Depuis fort longtemps, on a examiné et admis la possibilité du cancer du sein chez l'homme.

C'est ainsi que cette forme de cancer est déjà évoquée dans l'œuvre de Francis Arcaeus (1493-1573).

Par la suite, nombreux furent les médecins et les savants qui s'intéressèrent à cette étude, et parmi ceux-ci, nous avons pu relever les auteurs suivants :

Fabricius Hildanus (1537-1619) décrit un cas de cancer chez l'homme demeuré isolé, et à la même époque, Louis Heister, chirurgien allemand, expose cette affection en détail, cependant que Morgani (1682-1778) en cite plusieurs observations.

Thomas Bartholinus (1616-1682) a bien étudié un cas « fameux », cité fréquemment, mais qui, d'après Wolff cité par Gilbert serait vraisemblablement un cas de cancer chez une femme.

En 1839, Nélaton, rapporta un cas de cancer du sein chez l'homme avec guérison définitive à la troisième intervention.

En 1842, Lisfranc cite cette même affection chez un homme de 43 ans, cependant que Deguise, en 1850, présente à l'Académie de Médecine un cas semblable chez un homme de 68 ans.

De même, Lebert montre un cas de tumeur encéphaloïde chez un homme de 65 ans.

Plus récemment, les études se sont multipliées, et les cas examinés se sont révélés très nombreux.

En 1872, Horteloup a pu dénombrer 196 cas de cancer du sein chez l'homme, cependant qu'en 1874, Gillette a exposé dans l'« Union Médicale » un cas de carcinome ulcéré.

Dans une thèse, présentée à Paris en 1876, Chenet a présenté 7 cas nouveaux, et Schuchardt, dans son travail de 1890, a pu rassembler, en se reportant aux différents travaux publiés jusqu'alors, 472 cas de carcinome du sein observés chez l'homme.

Mais c'est surtout à Poirier (1883) et à Delacour (1894) que nous devons des travaux très détaillés sur l'histoire de toutes les tumeurs.

Depuis cette époque, la question a bénéficié de très nombreux ouvrages, dont nous ne citerons que les principaux, parus tant en France qu'à l'Etranger.

En Angleterre, le cancer du sein chez l'homme a été étudié pour la première fois par Williams en 1894, et par Warfield, en 1901, qui en rapportent 32 cas.

Par ailleurs, Palermo, en 1908, examinant 750 cas de tumeurs chez l'homme, a décelé 647 cas de cancer, et en 1927, Wainwright en signale 418 cas.

Tout récemment, en 1933, Gilbert a examiné et publié l'étude de 47 cas de cancer, et la même année, Neal en a rapporté 60 cas.

Les recherches et les publications en cette matière sont devenues fort nombreuses et aujourd'hui, des

observations sur le cancer du sein chez l'homme sont signalées **universellement**.

Après avoir consulté l'essentiel de ces ouvrages, nous nous trouvons en mesure de donner à ce sujet les statistiques suivantes :

Comparant la fréquence du cas de cancers du sein chez l'homme et chez la femme,

Williams indique une proportion de 1 % chez l'homme pour 99 % chez la femme.

Schulten donne sensiblement la même, soit 1,39 % chez l'homme et 98,61 % chez la femme.

Billeroth, pour 245 cancers du sein chez la femme, trouve 7 cas chez l'homme, soit un pourcentage de 2,85 %.

Henry, sur 196 cas dans les deux sexes, attribue 4 cas à l'homme, soit une proportion de 2 %.

Schuchardt (1889) conclut que 2 % des cancers concernent l'homme.

Strassmann (1885), Merz (1889), Fiedler (1896), tous de l'Ecole Allemande ont observé une proportion de 2 à 4 %.

Chalet, sur 84 tumeurs du sein signale 79 cas chez la femme et 5 cas chez l'homme.

Bryan attribue 1 % des tumeurs du sein à l'homme.

Deaver et Mc Farland en 1917 donnent un pourcentage plus élevé = 5 %.

Enfin, d'après le Bureau de Recensement d'Angleterre 5,339 cas de cancers du sein ont été examinés jusqu'en 1926, pour lesquels l'homme entre dans une

proportion de 0,08 % et à l'hôpital John-Hopkins, sur 950 cas observés, 9 concernent l'homme.

En 1933, Neal rapportant 9,279 tumeurs du sein dans les 2 sexes, observe 308 cas chez l'homme, soit 1 pour 80. Sur ces 308 cas, 60, c'est-à-dire 19,49 % concernant des néoplasmes malins, dont 50, soit 16,23 % sont du type carcinome et 10, soit 3,25 % sont des sarcomes.

Ces nombreuses statistiques nous montrent que, si le cancer du sein chez l'homme est beaucoup moins fréquent que chez la femme, il n'en existe pas moins, et n'est pas aussi rare qu'on veut bien le prétendre quelquefois.

NOTIONS DE PHYSIOLOGIE ET D'ANATOMIE

La glande mammaire chez l'homme et chez la femme est de même origine embryologique et se développe de la même façon jusqu'à la puberté. La sécrétion lactée existe chez les deux sexes à la naissance. La moitié des enfants présentent une sécrétion notable au quatrième jour de leur naissance, et ceux qui en manquent au septième jour forment une très rare exception.

C'est seulement après la puberté, que certaines modifications anatomiques se produisent dans la glande mammaire. Chez la femme, le sein se développe parallèlement avec d'autres caractères sexuels, cependant que chez l'homme l'évolution s'arrête et l'état rudimentaire reste définitivement stationnaire.

La glande elle-même persiste, mais comme organe composé d'un plan cutané avec une auréole plus ou moins garnie de poils et un mamelon, un tissu celluloadipeux sous-cutané et enfin un petit corps glandulaire aplati en forme de disque qui représente des canaux galactophores courts et étroits. Très rarement, on rencontre quelques acini présentant les mêmes éléments mais beaucoup plus réduits chez la femme.

Nous dirons incidemment que les lymphatiques sont les mêmes chez l'homme que chez la femme.

Certains auteurs ont essayé de donner des raisons pour expliquer la rareté du cancer du sein chez l'homme. C'est ainsi que pour Gillette : « La moindre

importance anatomique et physiologique du sein chez l'homme, les tissus à structure imparfaitement développée n'ayant que peu de tendance à être envahis par le processus néoplasique », contrarient le développement de ces sortes de tumeurs.

Pour Pigot « Si l'homme y est moins enclin que la femme, c'est du fait de la plus grande rareté des affections chroniques ou aiguës qu'il présente à cette région : mastites aiguës ou chroniques rares, et qu'il n'est pas sujet à la lactation et aux accidents qui l'accompagnent, toutes causes pouvant être prédisposantes ».

Et Gilbert remarque d'autre part que la rareté du cancer du sein chez l'homme, serait en accord avec la règle générale que le cancer se développe peu sur des vestiges embryonnaires.

ÉTIOLOGIE

Dans ce chapitre nous passerons en revue les facteurs étiologiques généraux, susceptibles de jouer un certain rôle dans l'apparition des cancers chez l'homme.

Localisation du cancer : Si nous examinons les diverses statistiques, nous voyons que Poirier le trouve 23 fois à gauche, pour 13 fois à droite et que, dans 4 cas les deux seins sont atteints. D'après Williams, le sein droit est touché 38 fois et le sein gauche 33 fois.

Imbert, cite 64 cas à droite et 48 cas à gauche.

Wainwright 163 cas à droite et 170 à gauche et 5 autres où les deux seins sont atteints.

Gilbert le signale 26 fois à gauche et 20 fois à droite et une fois intéressant les deux seins.

Neal, sur les 60 cas qu'il a rapportés le trouve 14 fois à gauche et 10 fois à droite, mais reconnaît qu'il ne peut tirer de conclusions de ceci, puisque dans plus de la moitié de ces cas le sein intéressé a été inconnu.

Plusieurs autres auteurs ont établi des statistiques correspondant à celles rapportées ci-dessus.

Il semble intéressant de noter à cette occasion que Lane Claypon a remarqué pareillement, en ce qui concerne la femme, une légère prédominance du côté gauche.

Nous nous bornerons à enregistrer ces statistiques sans chercher à en tirer de conclusions.

Age : D'après plusieurs auteurs le cancer du sein chez l'homme se rencontrerait plus fréquemment chez l'adulte, plus rarement chez le vieillard et très exceptionnellement chez des sujets jeunes. C'est une opinion générale depuis Poirier, que le cancer du sein se développe à un âge plus avancé chez l'homme que chez la femme.

Bryan, puis Williams, ce dernier d'après une expérience basée sur 90 cas, admettent que l'âge moyen des hommes atteints de cancer est de 50 ans; le plus jeune avait 30 ans, le plus âgé 90 ans.

Wainwright trouve comme âge moyen 54,2 ans.
Von Winniwarter 45,3 ans, Finsterer 55 ans.

Deaver et Mc. Farland en 1917, 49,6 ans.

Fredler a remarqué deux cas de cancer sur des sujets âgés de moins de 20 ans, 9 cas sur des sujets âgés de moins de trente ans, 18 cas sur des sujets âgés de moins de soixante-dix ans.

Les statistiques de Speed donnent l'âge moyen de 44 ans pour l'homme.

Récemment, Thomson de Moore et Coley ont observé une série de 6 cas chez des sujets jeunes, âgés de 12 à 17 ans, et il ne faut pas oublier le cas étudié par Blodgett dans le (*British Medical Journal*).

« Ces derniers cas prennent un intérêt considérable du fait que l'évolution mammaire physiologique, facteur incontestable de prédisposition aux tumeurs, est beaucoup plus précoce chez l'homme (puberté) que chez la femme (ménopause) ».

Gilbert donne l'âge moyen de 54,4 ans. Le plus âgé des malades avait 83 ans (nègre), le plus jeune, 31 ans.

Neal indique des chiffres plus élevés et sur 60 cas, trouve une moyenne de 57,7 ans, le plus jeune avait 30 ans, le plus âgé 89.

Le désaccord apparaît donc sur l'âge moyen auquel apparaît le cancer de la mamelle masculine.

Et, nous pouvons dire pour nous résumer que ces tumeurs se développent généralement vers l'âge moyen mais peuvent fréquemment survenir chez des hommes âgés aussi bien que chez des hommes jeunes.

Au point de vue des influences qui peuvent agir sur la genèse de ces néoplasmes et tout ce qui concerne les causes prédisposantes à leur évolution, nous nous trouvons en face d'une absence à peu près complète de notions. Si nous examinons les diverses statistiques qui ont été publiées par les auteurs à ce sujet, l'étiologie du cancer du sein chez l'homme est encore confuse et les théories évoquées n'ont rien édifié de précis et de définitif.

Traumatisme : Plusieurs observations de cancers du sein chez l'homme montrent l'apparition de la tumeur après des traumatismes fréquents et répétés (professionnels) outils constamment appuyés sur la région mammaire, soit après un choc unique, ou après un traumatisme quelconque.

Citons le cas de Poirier où le néoplasme apparût à la suite de suctions fréquentes et celui de Williams où sa localisation parut favorisée par un eczéma rebelle.

Le rôle étiologique du traumatisme a été très discuté. Pour Murphy, le sein est le seul organe de l'organisme où un cancer est susceptible de se développer après un léger traumatisme. Cependant, Knox, de son côté, nous signale qu'il serait inexact et non scientifique d'attribuer l'origine du cancer chez l'homme à un seul traumatisme.

Les rapports des auteurs à ce sujet sont très variables; cependant Schuchardt a rencontré le traumatisme à la base 25 fois sur 219 cas de cancer du sein; Judds une fois sur 17 cas; Williams 14 fois sur 30 cas.

Mais Wainwright considère la relation entre le trau-

matisme et le cancer comme si fréquent qu'on devrait bien prendre ce fait en considération.

Gilbert, récemment a rencontré le traumatisme 14 fois sur 47 cas; 12 fois à la suite d'un choc violent unique et dans 2 cas à la suite de pressions répétées s'exerçant contre la paroi thoracique.

Neal a relevé dans 5 cas seulement la présence de traumatisme comme cause de cancer, sur les 60 cas qu'il a observés.

Il faut conclure de ce qui précède que le traumatisme est un facteur étiologique d'importance relative et que sur un sujet sain et non prédisposé on ne peut pas incriminer un seul traumatisme comme cause de néoplasme. Mais les faits nous montrent cependant qu'un traumatisme unique a pu provoquer un cancer (Murphy) ou a accéléré ou aggravé une tumeur pré-existante ou une tumeur ignorée par le malade.

La gynécomastie : Certains auteurs ont voulu faire intervenir la gynécomastie comme facteur étiologique du cancer du sein chez l'homme et ont produit plusieurs observations pour étayer cette théorie.

C'est ainsi que Ewing professe que le développement et l'activité anormales du sein de l'homme sont des conditions prédisposantes du cancer, et il indique que la gynécomastie typique a été notée dans 5 cas et la sécrétion mammaire même dans un cas. La coexistence de gynécomastie et de cancer mammaire a été étudiée par Pigot, Schuchardt, Berns, Imbert, et Ville-ron qui ont rapporté des cas de concomitance de gynécomastie et de cancer. Imbert et Colligon consi-

dèrent même la gynécomastie comme un facteur étiologique important dans certains cas de cancer du sein chez l'homme. De fait, il convient de remarquer avec Gilbert, qu'en cas de gynécomastie il est évident que le sein de l'homme contient des tissus glandulaires abondants et non seulement des tissus adipeux, comme on l'avait supposé. Ceci a été démontré par Bailey, Andrews et Kampmeier, et plus récemment par Von Gusnar.

Von Gusnar, sur les 106 seins de sujets d'âges variés qu'il a examinés, a trouvé que, en gynécomastie, les tissus conjonctifs sont très peu développés, alors que les tissus glandulaires offrent une hyperplasie marquée; d'où il conclut que ces seins sont plus favorables aux manifestations cancéreuses.

De son côté Gilbert a observé 9 cas comportant hypertrophie de la glande mammaire chez des malades âgés de 37 à 76 ans, avec prédominance, 6 fois du côté gauche et 5 fois du côté droit. Parmi ces cas il y avait à l'origine traumatisme chez 4 malades.

Hérédité. — L'hérédité paraît jouer un rôle dans l'apparition des tumeurs mais pour certains auteurs, en particulier Gilbert, l'hérédité est considérée comme un facteur d'importance secondaire dans l'apparition du cancer du sein chez l'homme.

Les statistiques données par les partisans de l'hérédité n'ont rien de concluant.

Judds, dans 4 cas sur 17 observations, et Finsterer dans 2 sur 11, ont décelé l'origine héréditaire du cancer.

Von Winniwarter considère l'hérédité comme un facteur causal dans 5,8 %.

Poirier note 3 cas héréditaires sur cent observations, cependant que Williams rapporte trois cas et, dans ces trois cas, l'ascendant avait présenté un cancer du sein.

Tuberculose et cancer. — Il est admis aujourd'hui qu'une lésion tuberculeuse peut devenir cancéreuse et inversement. Les deux processus peuvent également se rencontrer dans un même organe.

Nous dirons aussi qu'en général d'autres maladies peuvent jouer un rôle, telles que : l'arthritisme, l'alcoolisme, les maladies infectieuses, la goutte, le saturnisme, les maladies parasitaires.

CLASSIFICATION ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Nous exposerons très brièvement les caractères anatomo-pathologiques des cancers, étant donnée l'analogie complète qui existe chez la femme et chez l'homme.

Dans la glande mammaire de l'homme deux tissus se présentent : le tissu glandulaire et le tissu conjonctif. Des réactions néoplasiques peuvent se produire aux dépens de l'un ou de l'autre de ces deux tissus.

Dans la cellule glandulaire, élément noble, nous verrons naître et croître à ses dépens, les épithéliomas. Aux dépens du tissu conjonctif se produisent des sarcomes.

Parmi les tumeurs épithéliales malignes nous rencontrons les épithéliomas, qui ont leur origine dans la peau. Ce sont les cancroïdes, qui peuvent pénétrer ultérieurement dans la glande.

Les néoplasmes naissant de la grande mammaire elle-même ou de son tissu de soutien sont : l'épithélioma typique, l'épithélioma atypique (carcinome) et le sarcome.

L'épithélioma typique. — La forme fréquente chez l'homme est l'épithélioma intra-canaliculaire puisque chez lui la glande étant atrophiée, seuls les canaux galactophores sont développés.

Au point de vue microscopique c'est un épithélioma cylindrique ou cubique. Les limites périphériques des canaux ne sont pas touchées, mais les cellules cancéreuses peuvent franchir la paroi et envahir le stroma.

Macroscopiquement, nous avons vu que le cancer mammaire peut apparaître du côté droit comme du côté gauche et nous verrons qu'il se rencontre nécessairement dans le voisinage du mamelon. La lésion elle-même aboutit de bonne heure à l'ulcération qui se trouve sur une base indurée. Les bords surélevés et indurés sont violacés. Le fond peut être lisse, un peu suppurant. Les anfractuosités formées de bourgeons exubérants saignent facilement au contact. La lymphangite cancéreuse peut résulter de cette ulcération.

L'épithélioma atypique (carcinome). — D'après la majorité des auteurs le carcinome est la forme la plus fréquente chez l'homme.

Le carcinome se développe au dépens des acini et la prolifération des cellules cancéreuses est très active. C'est ainsi que des masses cellulaires se forment, distendant les parois jusqu'à destruction complète et favorisent ainsi l'envahissement des interstices du tissu conjonctif péri-acineux. Les cellules constituant les tumeurs sont polymorphes, cubiques ou cylindriques. Il y a bouleversement complet de l'architecture de l'organe.

Suivant la proportion relative des cellules épithéliales et des éléments conjonctifs on distingue des types différents de carcinome.

Le squirrhe, est la forme la plus habituelle chez l'homme, c'est un cancer dur, fibreux, composé de tissu conjonctif en abondance avec alvéoles cancéreuses très réduites et avec quelques cellules épithéliales. Les amas cellulaires sont étouffés par une néoformation fibreuse. L'évolution de cette tumeur est lente, mais peut quand même s'ulcérer. En dehors de cette forme de Squirrhe on a trouvé aussi la forme globuleuse, et la forme en masse ou en cuirasse. Cette dernière d'ailleurs est rare.

Il n'existe que peu d'observations de maladie de Paget.

L'encéphaloïde, contenant des amas épithéliaux à stroma conjonctif mince.

La surface de section est blanchâtre et molle. Sur le couteau à la coupe un suc lactescent est ramené, formé essentiellement de cellules cancéreuses. Les ganglions lymphatiques de l'aisselle sont envahis de bonne

heure, s'hypertrophie et se transforment en tumeurs secondaires. Les métastases sont fréquentes et le grand pectoral est souvent atteint.

Cette forme serait assez peu commune si l'on se rapporte aux statistiques de Poirier qui signale cinq cas de cancer encéphaloïde sur 60 squirrhes. Williams sur 91 cancers note 88 squirrhes et 3 encéphaloïdes.

Le carcinome mélanique est excessivement rare. Poirier l'a signalé 3 fois, Williams rapporte une seule observation et Palermo dans ses statistiques l'a observé 8 fois, cependant que Neal a rencontré cette variété de carcinome une fois. Forgue et Chauvin en rapportent 18 (*Revue de Chirurgie*, 1919).

Le carcinome colloïde ou mucoïde, est une autre forme très rare. Neal l'a rencontré une seule fois sur 60 cas, et Letulle nous en donne une observation détaillée avec une description de cette variété de carcinome.

Le sarcome. — Toutes les formes que le sarcome peut revêtir ont été décrites par Poirier. Nous dirons brièvement que le sarcome semble, d'après les différents auteurs, se rencontrer rarement.

Chez l'homme, il a ses caractères habituels. Les cellules sarcomateuses sont généralement fusiformes et à la coupe, la surface de section montre un tissu grisâtre, soit ferme, soit humide, souvent creusé de cavités où se font des hémorragies. En certains points, des ramollissements indiquent que les cellules ont subi une dégénérescence graisseuse ou muqueuse.

SYMPTOMES EN GÉNÉRAL

En théorie le tableau clinique du cancer du sein chez l'homme diffère peu de celui de la femme. C'est ainsi que nous trouvons la même lenteur d'évolution de la tumeur qui reste longtemps petite et souvent latente sous la forme d'une tumeur aux limites imprécises. Elle est adhérente au reste de la glande, envahissante, infectant les ganglions et souvent susceptible de se généraliser.

DÉBUT.

Il est insidieux : parfois c'est un simple picotement qui attire l'attention du malade, une gêne, ou des douleurs intercostales, telles que nous les retrouvons dans l'observation III. Ces manifestations sont le plus souvent provoquées par des pressions comme le frottement des vêtements. Le plus souvent c'est par hasard que le malade sent dans la région du mamelon une petite nodosité adhérente ou non. « Beaucoup plus fréquemment c'est un léger écoulement séro-sanglant par le mamelon. Ceci peut être considéré comme un élément de diagnostic très important pour le diagnostic précoce ».

Il est exceptionnel que les douleurs du début soient assez aiguës pour produire de l'inquiétude chez le malade.

L'homme, en effet, ainsi que l'a fait remarquer Wainwright paraît consulter beaucoup plus tardive-

ment que la femme (deux ans, quatre ans après le début).

Examen au début. — On peut apercevoir une saillie formée par la tumeur, de volume variable, les dimensions allant de la grosseur d'un pois à celle d'une orange. Chez l'homme on ne voit pas, au début, des tumeurs aussi développées que chez la femme.

A la palpation de ces tumeurs, nous trouvons une masse, tantôt arrondie, souvent aplatie d'avant en arrière, dure, élastique, irrégulière et bosselée. Pendant un certain temps la tumeur reste mobile sur les plans profonds. Plus tard, on observe que la tumeur semble se fixer dans la profondeur par une série de tractus fibreux produisant l'aspect de peau d'orange. Ce phénomène apparaît plus précocement que chez la femme.

Cette adhérence précoce sur une masse indurée du sein qui est un signe pathognomonique du cancer chez la femme aura moins de valeur nous le dirons, chez l'homme.

La rétraction du mamelon est observée dans une variété à évolution lente (le squirrhe atrophique) où domine la néoformation conjonctive, mais en réalité, elle peut se voir aussi dans certaines tumeurs bénignes.

La rétraction du mamelon, la présence d'un écoulement séro-sanglant sont des signes cliniques importants indiquant la malignité de la tumeur.

La peau, sillonnée de grosses veines est souvent infiltrée et ceci de façon beaucoup plus précise que chez la femme.

Un engorgement ganglionnaire, de l'aiselle peut survenir à cette période. L'évolution des ganglions se faisant sourdement comme chez la femme, on ignore l'époque exacte de leur apparition.

L'état général n'est pas touché. Le malade continue à vaquer à ses occupations, ignorant la malignité de son affection.

PÉRIODE D'ÉTAT.

Signes fonctionnels. — Le plus souvent, les douleurs n'apparaissent pas avant cette période, lorsqu'elles se présentent, c'est avec des modalités très variables, inconstantes d'abord, et ne survenant quelquefois qu'à la suite d'ulcération. Ce sont des simples picotements et parfois des douleurs sourdes ou lancinantes, mais dont l'intensité peut être extrême.

Ces douleurs peuvent être spontanées ou provoquées. Dans certains cas, elles n'apparaissent que dans le décubitus dorsal et ne sont calmées que par la position debout ou assise (Horteloup).

L'état général du malade reste assez bon et certains auteurs prétendent que l'état général reste bon plus longtemps que chez la femme. Cela tient probablement à la plus lente évolution du squirrhe qui est la forme la plus fréquente et à la moindre vascularisation de cette région chez l'homme, d'où un moindre courant de produits toxiques.

Signes physiques. — A la période d'état le volume de la tumeur peut être considérable, par exemple celui d'un œuf ou d'une tête de fœtus.

Le siège du néoplasme est variable, il peut occuper le centre du mamelon, sa partie inférieure et externe, ou être situé dans le cadran supéro-externe ou bien il peut être localisé n'importe où dans la région du mamelon.

La peau peut présenter des aspects différents, variables avec l'évolution de la tumeur. Elle peut rapidement s'épaissir, se plisser, se ratatiner. Des veinosités peuvent la couvrir. Elle prend l'aspect de la peau d'orange et fréquemment devient violacée, préparant l'ulcération.

La rétraction du mamelon est un signe très important, surtout dans la forme squirrheuse où les tractus fibreux émanés du néoplasme sont au maximum.

Le mamelon se rétracte dans plus de la moitié des cas.

A la palpation on trouve les mêmes éléments que ceux trouvés à la période de début, mais avec une plus grande netteté. La tumeur est le plus souvent adhérente aux plans artificiels. Dans certains cas avancés on peut rencontrer des adhérences profondes, indiquant l'atteinte des muscles pectoraux et même parfois la paroi thoracique (manœuvre de Tilloux).

Le cancer du sein chez l'homme arrive souvent à la phase d'ulcération.

L'époque de l'apparition de cette ulcération est variable, mais elle a tendance à apparaître très tôt, (Gilbert), après un an environ.

L'adénopathie est quasi constante, mais ne semble pas correspondre forcément avec les périodes d'ulcé-

ration. L'importance de cette adénopathie est sans corrélation avec l'étendue de la tumeur.

Les ganglions siègent de préférence sous le bord inférieur du grand pectoral et dans le fond de l'aisselle. Ils sont petits, durs, mobiles et parfois réunis à la tumeur par un cordon constitué par des vaisseaux lymphatiques indurés. Exceptionnellement, on peut trouver des ganglions de volumes énormes. (Observation IV).

Horteloup cite une observation où l'accroissement était assez considérable pour gêner les mouvements du bras et les entraver. Dans les formes très avancées, on peut remarquer l'envahissement des ganglions sus-claviculaires.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du cancer du sein chez l'homme doit être précoce et se fait avec celui de différentes tumeurs du sein dans les circonstances suivantes :

Certaines d'entre elles sont facilement reconnues : ou bien c'est une ulcération péri-mamelonnaire, aux bords déchiquetés, *une maladie de Paget*, dont peu d'observations ont été, d'ailleurs, recueillies. Ou bien, un écoulement de sang par le mamelon conduit le sujet à consulter le chirurgien, lequel constate, sous l'aérole, une petite « grosseur » du volume d'un pois; le diagnostic de *végétations intra-canaliculaires* s'impose.

Mais, plus fréquemment, l'attention du malade est attirée par le développement progressif, indolent, d'une tuméfaction du sein.

Celle-ci s'offre toute entière à la vue; elle montre une surface inégale, bosselée; située en son centre; le mamelon est rétracté, attiré vers la profondeur. Tous ces signes appartiennent aussi bien aux processus malins qu'aux lésions bénignes, car, chez l'homme, la fibrose solidarise précocement les différents tissus de la mamelle.

Pour établir une distinction dont on conçoit toute l'importance, il nous faut donc chercher ailleurs les éléments utiles : non pas dans l'âge du patient, car les tumeurs, quelle qu'en soit la nature, s'observent entre 45 et 70 ans, et même au delà.

Pas davantage, nous l'avons dit, dans l'adhérence aux téguments.

Les seuls symptômes dont on puisse tenir compte sont : la consistance de la masse, sa mobilité sur les plans profonds; la présence ou l'absence d'une adénopathie de l'aisselle.

Lorsqu'on ne rencontre pas de ganglions, on ne peut pourtant affirmer qu'il s'agit bien d'un *adénofibrome* canaliculaire que si le noyau est également ferme au toucher, et s'il ne s'immobilise pas lors de la contraction du pectoral.

Les adénomes et les fibromes peuvent induire en erreur, surtout lorsqu'on trouve une adhérence à la peau et avec le mamelon, ce qui serait fréquent dans ces tumeurs.

A. Herrenschmidt nous en donne la raison anatomique : « La glande étant chez l'homme réduite à un court faisceau de conduits, la fibrose de ces conduits ou autour de ces conduits les solidarise rapidement avec le chorion et le tissu sous-cutané de la zone mamellaire. Il arrive même que le mamelon soit ombiliqué par la simple traction de fibrome péricanaliculaire sous-jacent ».

Nous voyons que toutes ces tumeurs sont en général à limites nettes, encapsulées; de plus leur faible volume, la lenteur de leur évolution et l'absence presque constante de réaction ganglionnaire permettent de les reconnaître facilement.

La gomme syphilitique non ulcérée du sein a un début analogue à celui du cancer. En faveur de la

gomme on trouvera les antécédents du malade, la persistance prolongée de la mobilité et surtout la recherche d'autres lésions spécifiques. La réaction de Wassermann et le traitement spécifique seront une précieuse indication.

La tuberculose du sein se présente soit sous la forme de tubercules constituant une tumeur rappelant en tous points un cancer au début, soit sous la forme infiltrée pouvant faire croire à un cancer en nappe. Elle peut s'accompagner de rétraction du mamelon et souvent d'adénopathie axillaire. En faveur de la tuberculose on peut invoquer la disproportion fréquente entre la tumeur et l'adénite. Les ganglions bacillaires s'empâtent et tendent de façon assez précoce à se ramollir et à suppurer. De plus, la ponction du ganglion, et la recherche des antécédents familiaux éclaireront le diagnostic.

Quoique très rarement observé, le sarcome, en effet, ne peut en être différencié que par son accroissement rapide, et les sensations de mollesse et de dureté qu'il tourment, au palper, selon les points que l'on explore.

Cependant, lorsque la tumeur est indurée, diffuse, infiltrant la peau et le plan musculaire, et que l'on perçoit, dans le creux axillaire, quelques ganglions arrondis, plus ou moins volumineux, à plus forte raison quand une légère pression appliquée fait sourdre quelques gouttes de sang par le mamelon, le diagnostic de cancer ne fait plus aucun doute.

A la période ulcéreuse du cancer, le diagnostic s'impose dans la plupart des cas, quoique trois affections puissent prêter à confusion : le chancre syphilitique,

les ulcérations gommeuses syphilitiques, et les ulcérations tuberculeuses.

Le chancre syphilitique du sein chez l'homme est une lésion exceptionnelle. Mais quand elle existe, elle peut être mal soignée, et s'infecter secondairement.

Ainsi, elle pourra présenter les mêmes aspects qu'un cancer, mais l'adénopathie axillaire de la syphilis qui serait très précoce, l'induration limitée et la coloration caractéristique de l'ulcération, permettraient, facilement d'éliminer un néoplasme. De plus, l'interrogatoire, le B. W. et les accidents secondaires qui suivent le chancre, élimineront l'idée de cancer.

Les ulcérations gommeuses syphilitiques sont profondes et arrondies et ne sont que des aboutissements de la gomme spécifique dont nous avons déjà parlé.

Les ulcérations tuberculeuses ont des caractères particuliers : les bords sont décollés, amincis, violacés. Plus larges et plus profondes, ces ulcérations s'accompagnent d'un engorgement ganglionnaire plus diffus. il y a au surplus, plus de fistulation de l'abcès que d'ulcération.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

L'état général reste longtemps bon, cependant la généralisation est fatale. L'évolution d'une tumeur maligne abandonnée à elle-même aboutit, après une échéance plus ou moins longue à une terminaison mortelle. Dans la majorité des cas, la marche envahis-

sante de la tumeur atteint les ganglions lymphatiques de l'aisselle. En dehors des métastases viscérales et de l'envahissement général, on peut avoir le processus s'étendre à la colonne vertébrale, à la plèvre, aux poumons et au foie. La résorption des produits toxiques sécrétés par les cellules néoplasiques fait entrer le malade dans la période de cachexie cancéreuse à laquelle il succombe.

Il est très difficile de se prononcer sur la durée de l'infection, car la plupart du temps, le malade ne peut pas fournir de renseignements précis sur l'époque du début de sa tumeur. Et si Poirier avance une durée de 3 ans 1/2, il incline à admettre une durée beaucoup plus longue.

L'évolution de la tumeur peut être très lente : de nombreux malades en étaient porteurs plusieurs années avant de se présenter à la consultation.

Ou elle peut être variée, et on observe alors la marche en deux temps : c'est ainsi qu'une tumeur demeurée longtemps stationnaire peut prendre en très peu de temps un développement considérable.

Cette évolution clinique spéciale marche parallèlement avec l'évolution anatomique des éléments néoplasiques.

Une intervention précoce faite tout au début de la néoformation pourrait enrayer définitivement la marche du cancer. Mais les récidives, il est à le remarquer, sont fréquentes. Ces tumeurs récidivantes siègent ordinairement dans la cicatrice même, ou au niveau des ganglions axillaires, elles peuvent même atteindre le sein opposé.

Il est évident qu'une intervention tardive sur un cancer évolué est compromettante et les chances de succès très minimales.

En somme, le pronostic du cancer chez l'homme dépend d'un diagnostic certain et d'une intervention précoce prise au début réel. Une intervention, dans de bonnes conditions pourrait arrêter définitivement la progression du cancer. Toute intervention tardive assombrirait le pronostic.

TRAITEMENT

On peut appliquer au cancer du sein chez l'homme les traitements préconisés et employés pour la femme.

Pour le traitement chirurgical, les techniques et les principes sont identiques. Nous ne nous étendrons pas sur cette partie, sur laquelle différents auteurs expérimentés nous ont déjà fourni des précisions. Les théories, les discussions et les résultats qui y sont attachés ne peuvent pas être longuement discutés dans ce modeste travail.

Brièvement, nous dirons que l'intervention doit être aussi précoce et aussi large que possible. Elle comporte les temps opératoires suivants : amputation large du sein et de la tumeur avec sacrifice de la peau avoisinante, de deux pectoraux et curage ganglionnaire de l'aisselle.

Mais le temps de la réunion des bords de la plaie peut être rendu difficile par suite du manque d'étoffe : en effet la peau se prête mal aux tractions.

Les résultats immédiats de cette intervention sont généralement bons. Il convient de noter la gêne fonctionnelle qui peut résulter du sacrifice des pectoraux chez des ouvriers ou des manœuvres.

Les résultats lointains semblent assez médiocres, et il n'apparaît pas que la radiothérapie post-opératoire puisse les améliorer sensiblement.

Nous avons rencontré, chez les auteurs que nous avons consultés, des cas où les malades avaient survécu un temps très variable à leur opération. Ce temps varie de deux à huit ans.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Lenormant).

Epithélioma alvéolaire atypique.

M. P..., 35 ans, se présente à la consultation le 2 février 1927, pour une tumeur du sein.

Examen : Petite tumeur du sein gauche, aplatie, un peu bosselée, large comme une pièce de 2 francs adhérente à la peau et au mamelon, mobile sur les plans profonds. On trouve plusieurs petits ganglions axillaires.

Diagnostic : Cancer du sein.

Opération : Le 3 février sous anesthésie générale au chloroforme. Amputation du sein avec les 2 pectoraux et curage de l'aisselle ; hémostase, suture de la peau par un surjet de soie ; sans drainage.

Sorti le 13 février.

Entré à nouveau à l'hôpital le 13 mai 1930 avec une tumeur récidivante dure, ayant la forme et le volume d'une amande à la partie supéro-externe de la mamelle gauche et la paroi interne de l'aisselle. On ne sent pas d'autres ganglions dans l'aisselle ni dans la région sus-claviculaire.

Opération : Le 14 mai, éther. Incision sur la tumeur. Elle est en réalité plus volumineuse qu'elle ressemblait cliniquement. Extirpation large, vérification du reste de l'aisselle où l'on ne sent rien d'anormal. Hémostose. Suture cutanée avec crins. Sans drainage.

Examen histologique : Le fragment examiné est constitué par un bloc de cancer, envahissant ganglions et tissu voisin. Il s'agit d'un épithélioma mammaire alvéolaire et diffus très atypique en certaines zones.

Malade sorti le 21 mai 1930.

Le même malade opéré en 1927 d'un cancer du sein gauche, réopéré en 1930 (mai) pour une récurrence locale, revient le 1^{er} mai 1931, avec un ganglion dur, gros comme une petite noix, mobile, dans l'aisselle gauche.

Opération le 2 mai 1931, éther. Incision sur le bord inférieur du grand pectoral, ablation du ganglion avec l'atmosphère cellulaire qui l'entoure.

Exploration attentive du creux axillaire où l'on ne trouve pas d'autres ganglions. Suture cutanée aux crins, un petit drain.

Examen histologique : Ganglion envahi par des travées d'épithélioma mammaire atypique qui pénètrent l'atmosphère cellulo-graisseuse périganglionnaire. Embolie cancéreuse dans un vaisseau sanguin.

Malade est sorti de l'hôpital le 10 mai 1931.

Décédé en avril 1934.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Lenormant).

M. F..., 50 ans se présente à la consultation le 21 février 1927, avec une petite tumeur sous mamelonnaire, dure, mal limitée, et rétractant le mamelon.

Pas d'adhérence au grand pectoral, mais il y a une adhérence très nette à la peau. On trouve plusieurs ganglions axillaires de la chaîne mammaire externe.

Diagnostic : Néoplasme du sein.

Opération : Le 24 février, éther. Amputation en bloc de la tumeur et curage de l'aisselle. Un drain dans l'aisselle. Suture à la soie.

L'examen histologique n'a pas été pratiqué.

Le malade est sorti de l'hôpital le 6 mars 1927.

Décédé le 1^{er} août 1933.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Lenormant).

M. P..., 32 ans, entré à l'hôpital Cochin le 10 juin 1932, pour tumeur mamelonnaire droite. Cette tumeur, a débuté il y a trois mois par des névralgies intercostales.

Examen : On sent une tumeur mobile entre le mamelon droit et le bord du sternum.

Aucune adhérence à la peau, mais immobilité relative sur le plan costal.

Gros ganglions axillaires droits, mais il y en a autant à gauche. Pas de ganglions sus-claviculaire.

Opération : Le 12 juin 1932, éther. Amputation du sein droit et ablation des deux pectoraux. Adhérences avec cartilages costaux qu'il faut peler au bistouri. Ablation du gros ganglion axillaire. Hémostase. Suture cutanée avec crins

Sorti le 23 juin 1932.

Décédé en janvier 1933.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Lenormant).

Epithélioma alvéolaire atypique

M. B..., maraîcher, âgé de 43 ans, rentre dans le service de M. le Professeur Lenormant à l'hôpital Cochin, le 7 mai, pour une tumeur du sein droit ayant débuté il y a un an, par une grosseur du volume d'un pois au-dessous du mamelon. S'étant accru rapidement, et provoquant des picotements qui attirent l'attention du malade.

Examen : Cette tumeur actuellement grosse comme un œuf est bosselée, dure et adhérente à la peau qui présente une coloration violacée sans adhérence aux muscles. On sent au-dessous d'elle de toutes petites nodules qui sont probablement de la lymphangite cancéreuse de l'aisselle.

Un ganglion gros comme un œuf de pigeon et un autre de volume d'une grosse poire.

Très bon état général.

Opération : Le 9 mai. Amputation du sein avec ablation des deux pectoraux et curage de l'aisselle, où on peut trouver un gros paquet ganglionnaire.

Hémostase : Réunion cutanée au bronze et suture de la peau par surjet de soie.

Diagnostic microscopique : Epithélioma atypique alvéolaire avec métastase ganglionnaire.

Sorti le 30 mai 1934.

Le malade répond à notre appel en nous disant « Les trois premiers mois de l'opération ne me gênaient pas pour travailler, mais depuis septembre l'épaule et les reins me font mal ».

CONCLUSION

1) Le cancer du sein, si fréquent chez la femme se rencontre aussi chez l'homme, mais dans des proportions beaucoup moindres, variant de 2 à 5 %.

D'après plusieurs auteurs le pourcentage varie entre 0,86 % et 8,4 %, ce dernier chiffre d'après Gilbert, est un peu trop élevé.

2) La forme anatomique la plus fréquemment rencontrée est la forme à tendance squirrheuse. Dans cette variété, les amas cellulaires étant étouffés par la néoformation fibreuse, l'évolution est très lente mais peut quand même arriver à ulcération.

3) Le traumatisme, l'irritation, et la gynécomastie semblent avoir un rôle prépondérant dans l'étiologie du cancer du sein chez l'homme.

4) Le traitement est identique à celui préconisé pour la femme.

5) Un pronostic favorable dépend de la précocité de l'intervention, mais dans l'ensemble les résultats éloignés sont assez défavorables.

Vu : *Le Président de la Thèse,*
LENORMANT.

Vu : *Le Doyen,*
G. ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDREWS et RAMPMEIR. — Swellings of male breast (*Surg. Gynec. et Obst.*, 44, 30-38, janv. 1927).
- BAILEY. — Studies on the male breast (*Lancet*, i, 1258-1260).
- BECKERS. — Traitement des cancers du sein (*Jour. des Praticiens*, 15 mars 1924).
- BERNS. — Ein Fall von Carcinoma mammae bei einen manne (*Arch. F. Klin chir.*, 1887, XXXV, 228-230).
- BLODGETT. — Cancer of breast in a child (*Brith. Med. Jour.*, 1897, p. 611).
- BORTIN et BOLTON. — Carcinoma of breast in male (*With metastases to internal organs, skeletal System and to skin. M. J. et Rec.* 133, p. 230-233, 4 mars 1931).
- BRYAN. — Cancer of the breast in a Boy (*Fifteen years old, Surg. gynec. et Obst* 18 : 545, 1914).
- BUSSU. — Tumeurs chez l'homme (*J. de chir. Tome* 23 ; p. 392).
- BOLOGNA. — Contributo sin neoplasmi della ghiandola mammarie maschile (*Sarcoma poliforfo-Cellulare (Cultura Med. Mod.* 6 : 61-67, 15 fév. 1927).
- CARERJ. — 2 cas (*Riforma med.* 46, 1603-1605, oct. 30).
- CHENET. — Etude sur le cancer du sein chez l'homme (*Thèse, Paris* 1876).
- COLEY. — Recurrent carcinoma of the male breast (*Am. J. Surg.*, 1926), XL, 90-91).
- COURARD-BONNARD. — Epitheliome chez l'homme avec metastases ganglionnaire (*J. de Méd. de Bordeaux*, 58, 318, avril 25, '28).
- COLLIGNON. — A propos de quelques cas de Cancer du Sein chez l'homme (*Thèse Paris*, 1913).
- DELACOUR. — Etude sur le cancer du sein chez l'homme (*Thèse, Paris*, 1894).
- DESPAIGNE et BOLANÔS. — Sarcome du sein chez l'homme (*V. dos. nueva* 27, 522-529, mai 15, '31).
- DESSAINT et SANTEVIN. — Deux cas de cancer du sein chez l'homme (*Bull. Assoc. Franç. pour l'étude du cancer*, 20 : 94-102, jan. 1931).
- DUQUESNE. — *Thèse Paris*, 1914.

- DURAND-DOSTES. — Un cas de cancer du sein chez l'homme (*Soc. de Méd. chir. et Phar. de Toulouse ; Séance du 18 oct. 1933, Toulouse méd., n° 23, 1^{er} déc. 1933*).
- DAVID. — Familary cystadenoma of the male breast (*Internat. Clin. Phila.*, 1920, 305 11, 25-32).
- DELACOUR. — Etude sur le cancer du sein chez l'homme (*Thèse, Paris, 1894*).
- DESSAINT et LANTEVIN. — Deux cas de cancer du sein chez l'homme (*Bul. Assoc. Franç. pour l'étude du cancer*, 20 : 94-102, janv. 1931).
- DESPAIGNE et BOLANOS. — Sarcome du sein chez l'homme (*V. dos. nueva* 27 ; 522-529, mai 31).
- DUQUESNE. — (*Thèse, Paris, 1914*).
- EWING. — (*Neoplastic Diseases 3rd Ed., Phila. 1928*).
- FINSTERER. — *Deutsche Ztschr f chir* ; 1926, LXXXIV, 202-234.
- GILBERT. — Breast, Carcinoma of male with special reference to etiology (*Surg. gynec. et obst.* 57, 451-466 oct. 33).
- GILETTE. — Carcinome ulcéré de la mamelle chez l'homme (*Union méd.*, 1874, XXVIII, p. 942).
- GUITER. — Contribution à l'étude du traitement et des résultats post-opéatoires de l'épithélioma du sein chez l'homme (*Thèse, Montpellier, 1913*).
- HERRENSCHMIDT (A). — Cancer du sein chez l'homme (*Bull. de la Soc. anat. de Paris, oct. 1921*).
- HITZANIDÈS. — Contribution à l'étude des cancers du sein chez l'homme (*Thèse, Montpellier 1917*).
- HORTELOUP. — Tumeurs du sein chez l'homme (*Th. d'agrégation, 1872*).
- HUSAIN. — Scirrhus cancer of breast in male (*Indian M. gaz* 65 : 330, juin 1930).
- IBID. — An evaluation of pre-operative and post-operative radiation in the treatment of mammary carcinoma (*Ann. Surg*, 1925, LXXXII, 404-412).
- IMBERT. — Un cas de cancer du sein chez l'homme (*Gaz. hebdom. des Sc. Méd. de Montpellier, 1891, XIII ; 541-544*).
- JEANNENEY et LACHAPELLE. — Epithélioma du sein chez l'homme (*J. de méd. de Bordeaux, 10 juin 1906*).
- JEANNEY. — Le cancer du sein chez l'homme (*Thèse, Montpellier, 1905*).
- JORGE et BERISSO. — Dos casos de cancer del seno en el hombre (*Bol. y. trab. de la Soc. de cir. de B.-Aires* 15 : 793-805, 9 sept. 1931).

- JUDD et MORSE. — Carcinome of male breast (*Surg. gyn. et obst. janv.* 1926, t. XVII, p. 15-18).
- KNOX. — Trauma and tumors (*Arch. Path.* 1929, VII, 274-309).
- KUMMER. — Cancer du sein chez l'homme (*Lyon chir.* 20 : 583-587, *Sept.-Oct.* 1923).
- LACASSAGNE. — Apparition de cancers de mamelle chez la souris mâle soumise à des injections de Folliculine (*C. R. Acad. de Sc.* 195 ; 630-632, 10 *oct.* 1932).
- LAFFORGUE. — Du cancer du sein chez l'homme (*Thèse inaugurale*, 1896, *Toulouse*).
- LAMBIAS et OROSCO. — Carcinoma alveolar de la glandula mamaria en el hombre (*Semana Med.* 1 : 316-318, 9 *fév.* 1928).
- LANDRY. — Contribution à l'étude du cancer du sein chez l'homme (*Thèse, Paris*, 1883).
- LANE-CLAYTON. — Reports on Public Health, Medical Subjects, Ministry of Health (*Londres* 1924, n° 28).
- LETULLE. — Cancer colloïde de la mamelle chez l'homme (*Bull. et mém. Soc. anat., Paris*, 1913, 382-385).
- LEWIS et RIENHOFF. — A study of the results of operation for the cure of cancer of the breast (*Ann. Surg.* ; 1932, XCV, 336-400).
- LUTEL. — Des tumeurs du sein chez l'homme (*Paris*, 1877).
- MACEWEN. — Carcinoma of male breast (*Brit. M. J.* 1 : 961 *mai* 28, '27).
- MOIRAUD et CHASSON. — Un cas de cancer du sein chez l'homme (*Bull. Soc. de Chir. de Marseille, juin* 1929).
- MURPHY. — (*Surg. Clin. Chicago*, 1914 : III, 569).
- NEAL. — Malignant Tumors of male breast Preliminary and abbreviated report (*South M. J.* 25, 841-844, *Ang.* 1932).
- NEAL. — Malignant tumors of male breast, *Arch. (Surg.* 27, 427-465, *sept.* 1933).
- NICOLOSI. — Sudi un caso di epithelioma della mammella maschile contributo clinico ed anatomo-pathologico (*Riforma med.* 47 : 911-914, 15 *juin* 1931).
- PERE. — Contribution à l'étude du cancer du sein chez l'homme (*Thèse de Bordeaux*, 1927).
- PIGOT. — Contribution à l'étude des tumeurs du sein chez l'homme (*Thèse, Paris*, 1898).
- POIRIER. — (*Thèse inaugurale*, 1883).
- PRETI. — Sopra un coso di neoplasma della mammella maschile (*Bull. Med. Trentino*, 44 : 366-370, *août* 1929).
- RASH. — Cancer of breast in male (*Am. J. Surg.* 13-514-516, *sept.* 1931).

- SCHREINER. — Tumors in male (31 cases *Radiology* 18 : 90-92, janv. 1932).
- SCHUCHARDT. — Weitere mittheilungen Zur Cauistic und Statistik der Neubildungen in der maennlichen Brust (*Arch. F. Klin. Chir.*, 1885, XXXII, 277-322).
- SPESE. — Tumors of the male breast (*Ann. Surg.* 55 : 531, 1912).
- STRASSMANN. — (*Thèse inaugurale*, Berlin 1885).
- TAPIE. — Absès du sein chez l'homme simulant un néoplasme (*Arch. méd.*, Toulouse, 1911, XVIII).
- TISSOT. — Cancer du sein chez un homme ; névrite radicaire hétérolatérale (*Progr. méd.*, Paris, 1912, 3^e série).
- VILLEON. — Cancer du sein chez l'homme (*Gazette des hôp.*, n° 95, Nov. 1928, p. 1678).
- VILLEON. — Cancer du sein chez l'homme (*Bulletin et mém. de la Soc. des chir. de Paris*, n° 14, 2 nov. 1928, p. 744).
- VON GUSNAR. — Histologische Untersuchungen an maennlichen Brust druesen aes grundoge zur Erkloerung einiger pathologischen varaenderungen der mama (*Arch. F. Klin. Chir.*, 1928, CLIII, 253-281).
- VON WINNIWARTER. — Beitrage Zur Statistik der carcinome mit besonderer Rucksecht auf die douernde Heilbarkeit durch operative Behandlung (*Stuttgart* 1879).
- WAINWRIGHT. — Carcinoma of male breast : (*Clinical and pathologic study. Arch. Surg.* 14 : 836-859, avril 1927).
- WARFIELD. — Carcinoma of the male breast (*Bull. Johns Hopkins Hosp.*, 1901, XII, 305-310).
- WILLIAMS. — Cancer of the male breast (*Based on the records of one hundred cases, Lancet* 2 : 261-310, 1889).
- WOLFF. — Die Lehr von der Krebskrankheit (*Vol. II*, 1170-1172. Jena : G. Fischer, 1911).
- ZALETAL. — Estudio anatomo-clinico del cancer de la mama en el hombre (Segun los hallaz gos de laboratorio y post-mortem (*Rev. Med. Cubana* 41 : 428-439, avril 1930).
-

